

**نموذج طلب الموافقة على نقل كفالة**

**Application for Approval of Sponsorship**

**Transfer**



|  |
| --- |
| **Waiver Sponsor Information**  **بيانات الكفيل المتنازل** |
| ○ Establishment ○ Company شركة ○ مؤسسة ○ |
| Establishment Name (in Arabic): اسم المنشأة باللغة العربية: |
| Establishment Name (in English): اسم المنشأة باللغة الانجليزية:  |
| Business Registration Certificate No.: رقم السجل التجاري: |
| **New Sponsor Information**  **بيانات الكفيل الجديد** |
| ○ Establishment ○ Company شركة ○ مؤسسة ○ |
| Establishment Name (in Arabic): اسم المنشأة باللغة العربية: |
| Establishment Name (in English): اسم المنشأة باللغة الانجليزية:  |
| Business Registration Certificate No.: رقم السجل التجاري: |
| MDNR No.: رقم السجل الوطني: |
| Establishment License No.: رقم رخصة المنشأة : |
| Establishment License Expiry date: تاريخ نهاية رخصة المنشأة : |
| **Sponsored Information**  **بيانات المكفول**  |
| Name: الاسم: |
| Nationality: الجنسية: |
| Scientific Degree ‐ specialty: الشهادة العلمية – التخصص: |
| Job Title: المسمى الوظيفي: |
| Iqamah No.: رقم الإقامة: |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: |
| Health Practitioner License NO.: رقم ترخيص مزاولة المهن الصحية: |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: |
| Professional Registration ID No. (health speciality): رقم بطاقة السجل المهني (للتخصصات الصحية): |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: |
| Mobile: الجوال: |
| Email: البريدالالكتروني |
| **Authorized Contact Person**  | **الشخص المفوض لمتابعة المعاملة لدى الهيئة** |
| Name: الاسم: |
| Phone: الهاتف: |
| Mobile: الجوال: |
| Email: البريد الالكتروني: |

|  |
| --- |
| **التعهدات والمصادقة** |
| **أتعهد بأن جميع البيانات المقدمة بهذا النموذج صحيحة، وإذا تبين خلاف ذلك فإني أتحمل ما يترتب علي جراء المخالفة من سياسات و أنظمة الهيئة.**  |
| **أتعهد بأن جميع الوثائق المرفقة والمختومة بختم المنشأة هي نسخة طبق الأصل، وإذا ظهر خلاف ذلك فإني أقر بارتكاب التزوير في الوثائق وأتحمل ما يترتب على ذلك من الجزاء النظامي .** |
| **اطلعت على لائحة رقابة الأجهزة والمنتجات الطبية والقواعد الإجرائية المكملة لها الصادرة بقرار بمجلس إدارة الهيئة العامة للغذاء والدواء رقم (1-8-1429) وتاريخ 29/12/1429هـ، وأتعهد بالالتزام بما جاء فيها و بأي تعاميم وقرارات صدرت من الهيئة . كما أتعهد بالالتزام بأي تنظيمات مستقبلية تقرها الهيئة العامة للغذاء والدواء.** |
| **Owner signature: ……………………….. ……………………….. :توقيع مالك المنشأة****Owner Name: …………………………….. ………………………….. :اسم مالك المنشأة****Establishment Stamp: :ختم المنشأة** |



|  |
| --- |
| **المستندات المطلوبة في طلب نقل الكفالة** |
|  **خطاب طلب نقل كفالة من المنشأة مقدمة الطلب وموجة إلى سعادة نائب الرئيس التنفيذي لقطاع الأجهزة والمنتجات الطبية.**  |  |
| **تعبئة نموذج طلب نقل الكفالة** |  |
| **نسخة من رخصة المنشأة للاستيراد و/أو التوزيع للكفيل الجديد تكون سارية المفعول.**  |  |
| **خطاب من الكفيل السابق بعدم الممانعة على نقل المكفول ويكون مصدقاً من الغرفة التجارية.** |  |
| **صورة من الإقامة سارية المفعول.** |  |
| **صورة من ترخيص مزاولة المهنة للمكفول سارية المفعول.** |  |
|  **صورة من بطاقة التسجيل المهني للمكفول سارية المفعول.**  |  |
| **تقرير حديث من مكتب العمل يوضح المهنة للعاملين وأعدادهم السعوديين وغير السعوديين لدى الكفيل الجديد.** |  |
| **وصف وظيفي للوظيفة التي سيتم تعيين المرشح عليها على أن يتضمن الإدارة والقسم التي تندرج تحتها هذه الوظيفة.** |  |
| All applications shall be through forms.md@sfda.gov.sa | **جميع الطلبات تقدم عن طريق البريد الالكتروني** forms.md@sfda.gov.sa |